UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 106

LE DEVENIR DES ALCOOLIQUES APRÈS GUÉRISON D'UN DELIRIUM TREMENS

Travail de la Clinique Neurologique et Psychiatrique de Toulouse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Thèse d'Université)

présentée et soutenue publiquement en Décembre 1961

PAR

Annie FAUR-SABY

Externe des hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. GÉRAUD	*Président*
DARDENNE, RIBAUT, LABOUCARIÉ	*Assesseurs*
GRÈZES-RUEFF	*Suppléant*

IMPRIMERIE DU SUD

24, RUE DE NÉGRENEYS

TOULOUSE

1961

LE DEVENIR DES ALCOOLIQUES APRÈS GUÉRISON D'UN DELIRIUM TREMENS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546524_0101

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1961 N° 106

LE DEVENIR DES ALCOOLIQUES APRÈS GUÉRISON D'UN DELIRIUM TREMENS

Travail de la Clinique Neurologique et Psychiatrique de Toulouse

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Thèse d'Université)

présentée et soutenue publiquement en Décembre 1961

PAR

Annie FAUR-SABY

Externe des hôpitaux

MEMBRES DU JURY

MM. GÉRAUD	*Président*
DARDENNE, RIBAUT, LABOUCARIÉ	*Assesseurs*
GRÈZES-RUEFF	*Suppléant*

IMPRIMERIE DU SUD

24, RUE DE NÉGRENEYS

TOULOUSE

—

1961

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN ..... MM. Lazorthes.

1er ASSESSEUR ..... N.

2e ASSESSEUR ..... Cadenat E.

DOYENS HONORAIRES ..... Gorse, Calvet, Lefebvre, Brustier.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ribaut, Vallois, Clermont, Nanta, Ducuing, Tapie.

SECTION MEDECINE

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM.	Mériel.
Clinique médicale		Gadrat.
Clinique chirurgicale et gynécologie		Fabre P.
Clinique chirurgicale et du Cancer		Grimoud.
Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie		Virenque.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		Bazex.
Clinique des maladies de la Tuberculose et Pathologie interne		Morel.
Clinique des maladies des voies urinaires		Lhez.
Clinique médicale et Puériculture		Sorel.
Clinique neurologique et psychiatrique		N.
Clinique obstétricale		Guilhem.
Clinique odonto-stomatologique		Cadenat E.
Clinique ophtalmologique ...		Calmettes.
Clinique O.R.L. et de Chirurgie maxillo-faciale		Calvet.
Clinique traumatologique des membres		Rieunau.
Accouchement et Obstétricie sociale		Pontonnier.
Anatomie		Lazorthes.
Anatomie appliquée		Poulhès.
Anatomie pathologique		Fabre J.
Bactériologie, Hygiène et Médecine sociale		Andrieu.
Chimie biologique		Valdiguié.
Electro-Radiologie		Marquès.
Embryologie générale		Broussy J.
Histologie		Bimes.
Hydrologie thérapeutique et climatologie		Darnaud.
Médecine légale et Médecine du Travail		Planques.
Médecine sociale		Bounhoure.
Parasitologie		Bouisset.
Pathologie chirurgicale		Dambrin.
Pathologie générale et Médecine expérimentale		Sendrail.
Physico-Chimie		Auvergnat.
Physiologie		N.
Physiologie appliquée et Pharmacologie		Baisset.
Physique biologique et médicale		Bugnard.
Propédeutique médicale		Géraud.
Thérapeutique		Dardenne.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	MM.	Coulouma.
Pathologie médicale		Laporte J.
Bactériologie	Mme	Enjalbert.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	MM.	Laporte Y.
Biochimie médicale		Douste-Blazy.
Physique médicale		Bru.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM.	Bastide.
Anatomie Pathologique		Bouissou.
Anesthésiologie		Lareng.
Carcinologie		Estrade.
Histologie et embryologie		Planel.
Parasitologie		Ruffié J.
Pathologie expérimentale		Gleizes.
Physiologie		Montastruc.
		Bessou.
Physique médicale		Commanay.

AGREGES

Médecine générale	MM.	Monnier.
		Ribaut.
		Delaude.
		Calazel.
		Rascol.
Chirurgie générale		Enjalbert.
		Ficat.
		Pasquié.
		Souquet.
		Sarrazin.
Dermatologie et syphiligraphie		Dupré.
Hydrologie		Denard.
Médecine légale		Grèzes-Rueff.
Obstétrique		Espagno.
Odontostomatologie		Cadenat H.
Pédiatrie		Bardier.
Rhumatologie		Ruffié R.

AGREGES LIBRES

Anatomie	MM.	Thomas.
Ophtalmologie		Déodati.
O. R. L.		Claux.
Pathologie chirurgicale		Dieulafé.

SECTION PHARMACIE

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie ..	Mme	Dulucq-Mathou.
Chimie analytique, Toxicologie et Hyg. industrielle ..	MM.	Bourbon.
Chimie pharmaceutique		Blanc.
Matière médicale		Vincent.
Pharmacie chimique et pharmacodynamie		Caujolle.
Pharmacie galénique		Stanislas.
Zoologie		N.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Pharmacie	M.	Couturier.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Sciences naturelles	Mme	Caujolle.
» »	M.	Roux.

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Microbiologie	MM.	Breuillaud.
Sciences physiques		Pitet.
Toxicologie		Broussy G.

PERSONNEL ADMINISTRATIF

Secrétaire principal	M.	Roche.
Secrétaire		Berrut.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats

(Délibération en date du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

A MON MARI

A MES ENFANTS BERNARD ET MARIE-ODILE

A MA GRAND-MERE ET A MA TANTE

A MA SŒUR

A MA FAMILLE ET A CELLE DE MON MARI

A TOUS MES AMIS

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Professeur RISER

Professeur honoraire à la Faculté
Membre correspondant National de l'Académie de Médecine
Membre honoraire de la Société Française de Neurologie
Commandeur de la Légion d'honneur
Médaillé Militaire

Vous nous avez fait l'honneur de nous confier ce travail et nous regrettons que vous ne soyez pas officiellement notre juge. Nous vous remercions de la bienveillance avec laquelle vous nous avez accuelli dans votre service et de l'enseignement dont vous nous avez fait bénéficier : votre attitude envers les malades restera toujours pour nous un exemple.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur GERAUD

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique
Médecin des Hôpitaux
Membre titulaire de la Société Française de Neurologie

Nous vous remercions pour la bienveillance que vous nous avez témoignée et pour les leçons cliniques que nous avons reçues de vous à l'Hôpital.

Nous sommes sensible à l'honneur que vous nous faites en présidant notre thèse.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur DARDENNE

Professeur de Thérapeutique
Médecin des hôpitaux

Nous tenons à vous exprimer toute la reconnaissance que nous avons pour l'enseignement dont vous nous avez fait bénéficier à la Faculté. C'est pour nous un très grand honneur, que, après le concours de l'Externat, vous soyez encore notre juge.

Monsieur le Professeur RIBAUT

Professeur agrégé

Nous avons bénéficié de votre enseignement à la Faculté et à l'Hôpital et nous vous en sommes reconnaissante. Nous vous remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Monsieur le Docteur LABOUCARIE

Chargé de cours à la Faculté
Chargé du Service fermé de Psychiatrie de la Clinique Neurologique

Il nous est agréable de vous dire ici toute la gratitude que nous éprouvons pour l'accueil que vous nous avez toujours réservé. Vous nous avez initié à la Psychiatrie et vous savez l'intérêt que depuis nous portons à cette matière. Vous avez inspiré et dirigé ce travail. Sans votre enseignement nous ne l'aurions pas mené à bien. Notre reconnaissance est très grande.

Monsieur le Professeur GREZES-RUEFF

Professeur agrégé

Nous vous remercions de votre précieux enseignement et de l'honneur que vous nous faites en étant notre juge.

INTRODUCTION

A la suite des études antérieures sur les psychoses alcooliques aigues poursuivies depuis ces dix dernières années au Service de Psychiatrie fermé de la Clinique Neuro-Psychiatrique Universitaire de Toulouse, et précisées en particulier dans la thèse d'Allouche (Toulouse 1959), *sur les aspects clinique, biologique et thérapeutique du Delirium Tremens, le présent travail se propose d'étudier les suites éloignées du Delirium Tremens.*

Complication majeure de l'alcoolisme chronique le Delirium Tremens demeure toujours un problème capital, tant par sa fréquence qui va en augmentant que par la gravité de son tableau clinique initial qui nécessite d'urgence une thérapeutique appropriée dont les acquisitions au cours de ces dix dernières années en ont transformé radicalement le pronostic.

On ne peut donc plus considérer le Delirium Tremens comme l'accident fatal des grands alcooliques et la question se pose maintenant grâce à la « bénignisation » thérapeutique de cette complication majeure de connaître le devenir de ces malades qui, dans la très grande majorité des cas, survivent à la psychose alcoolique aiguë.

Il est évident que les succès thérapeutiques obtenus dans le Delirium Tremens laissent entier le problème de base qui est celui de l'alcoolisme chronique avec ces facteurs psychologiques et sociaux qui, en fin de compte, conditionnent le pronostic éloigné. Ainsi que l'écrivent Coirault et Laborit (2) *« ce sont des causes profondes qu'il faut rechercher et combattre si on veut éviter les rechutes ».*

Jellinek (9) *en Suède et Fouquet* (5) *en France ont analysé la personnalité de l'alcoolique, tandis que l'école Russe avec Horojsi* (8) *et Detengof a développé l'aspect social du problème.*

Nous étudierons la part de l'un et l'autre de ces facteurs dans le déclenchement de l'éthylisme de nos malades. Ceux-ci ont été hospitalisés au Service fermé de Psychiatrie de la Clinique Neurologique de Toulouse (Professeur Riser - Docteur Laboucarie) entre 1951 *et* 1960; *c'est donc parfois avec un recul de dix ans que nous avons pu juger des résultats et que nous établissons notre statistique.*

Ce travail comprendra trois parties :

1° *Rappel des données générales sur le problème actuel du Delirium Tremens;*

2° *Aspects psychologiques et sociaux;*

3° *Le pronostic éloigné. Nos statistiques.*

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL DES DONNÉES GÉNÉRALES SUR LE PROBLÈME DU DELIRIUM TREMENS

On peut définir le Delirium Tremens par un ensemble clinique dont les points essentiels constituent la triade classique :

— Troubles psychiques;

— Troubles moteurs;

— Signes généraux.

1° Les troubles psychiques

Ils réalisent un délire confuso-onirique traduisant la profonde « désintégration de la conscience ».

Le malade désorienté, insomniaque, vit avec anxiété un délire hallucinatoire dont l'expression se relie souvent à la personnalité du sujet et à son existence.

L'onirisme est généralement très précoce, apparaissant souvent plusieurs jours avant l'éclosion du délire si bien qu'on peut lui accorder la valeur d'un signe d'alarme.

2° Les troubles moteurs

Nés d'une incoordination motrice et d'une instabilité musculaire, ils associent à un tremblement généralisé, des mouvements de succion, de machonnement, d'aggripement, d'enroulement.

3° Le syndrome général

Il se manifeste en général en dernier lieu. Il est dominé par l'hyperthermie et la deshydratation qui traduisent les déréglements métaboliques majeurs annonçant une évolution gravissime. La température passe en quelques heures de 38° C à 39°-40° C; elle est essentielle au diagnostic : il n'y a pas de Delirium Tremens sans hyperthermie.

La déshydratation se traduit par la sécheresse et le rotissement de la langue, des sueurs profuses, une polypnée.

Cet ensemble de signes réalise le tableau typique du Delirium Tremens.

Sur le plan purement clinique il faut lui opposer la simple *bouffée confuso-onirique* où le tableau s'annonce moins dramatique.

L'orientation temporo-spatiale paraît aussi troublée mais elle est intermittente. Le malade passe par des phases de lucidité et des moments de confusion totale.

L'onirisme subit la même alternance de rémission et d'aggravation; les hallucinations sont aussi variées, l'anxiété aussi grande.

Associé à ce désordre psychique, on note un tremblement important.

Cependant le syndrome général est peu marqué : la température reste au-dessous de 38° C et la deshydratation est toujours discrète.

L'évolution de la bouffée confuso-onirique se ferait, classiquement, vers la guérison spontanée.

En fait, ce n'est souvent que le premier temps d'un Delirium Tremens authentique, c'est pourquoi, sur le plan pratique, on doit leur reconnaître la même signi-

fication et les traiter de la même manière. Dans l'un et l'autre cas, c'est la même urgence et les mêmes principes thérapeutiques qui s'imposent.

Le fait que le problème du Delirium Tremens conserve une actualité aiguë tient, précisément à ces divers aspects :

1) Etiologique dominé par la notion de fréquence;
2) Pathogénique;
3) Thérapeutique.

I. — ASPECTS ETIOLOGIQUES

Le nombre des admissions pour Delirium Tremens au Service fermé de Psychiatrie est en augmentation comme en témoignent les chiffres ci-après :

1951	11	hospitalisations
1952	12	—
1953	13	—
1954	13	—
1955	19	—
1956	29	—
1957	17	—
1958	14	—
1959	30	—
Janvier-Octobre 1960	32	—
Oct. 1960 - Oct. 1961	25	—

(Nous ne retenons pas dans l'étude du pronostic éloigné du Delirium Tremens cette dernière série de malades puisque nous manquons du recul nécessaire).

Il est important de remarquer, en ce qui concerne l'augmentation de fréquence, que ce nombre ne correspond pas à la totalité des malades atteints de Delirium Tremens qui auraient pu être en fait admis dans le Ser-

vice. Car l'action des thérapeutiques préventives actuelles a permis à un certain nombre de malades au stade de pré-delirium, d'être traités efficacement dans les Services de Médecine et de Chirurgie Générale, alors qu'auparavant l'évolution se poursuivait dans la très grande majorité des cas jusqu'au délire confirmé qui imposait l'hospitalisation en milieu psychiatrique.

En effet, comme nous l'indiquerons ultérieurement, environ la moitié des cas de Delirium admis au Service Psychiatrique fermé correspondait à des malades transférés des divers Services du Centre Hospitalier Régional.

Quant aux causes étiologiques psychologiques et sociales qui constituent l'essentiel de l'étiologie de l'alcoolisme chronique nous les étudierons ultérieurement dans la perspective même du pronostic éloigné du Delirium.

II. — ASPECTS PATHOGENIQUES

Nous résumerons brièvement le problème pathogénique qu'il est important de rappeler pour essayer de voir dans quelle mesure ces données doivent compter pour mieux juger de l'évolution secondaire et éventuellement prévoir les rechutes.

Une notion fondamentale s'impose : tous les alcooliques ne font pas un Delirium Tremens et il est incontestable qu'à la notion d'intoxication chronique il faut ajouter la notion d'une tolérance individuelle variable, d'une susceptibilité personnelle devant l'alcool. Bien que vague encore, cette notion de « biotype » particulier doit être invoquée pour expliquer l'éclosion d'un Delirium chez un certain nombre seulement de malades éthyliques : les grands alcooliques déséquilibrés à personnalité névrotique, à faible tolérance devant l'alcool (« alcooloses » de Fouquet) paraissent beaucoup plus exposés au Délirium que les alcooliques tout aussi gros buveurs mais à forte tolérance « Alcoolites ».

Il est classique d'invoquer à l'origine d'un Delirium Tremens, le rôle de facteurs déclenchants tels que, traumatisme, intervention chirurgicale, infections pulmonaires ou même stress émotionnel. En pratique nous ne les avons retrouvés que d'une façon inconstante (50 %) et la moitié des Delirium que nous avons observés apparaissent primitifs.

On a beacuoup insisté aussi sur le rôle déclenchant du sevrage brusque, ce qui laissait supposer que l'administration préventive ou curative d'alcool intra-veineux suffirait à réduire les troubles. En fait, le rôle du sevrage paraît complexe, ce qui compte ici, c'est une variation brutale dans les habitudes œnophiles, beaucoup plus que la carence d'une substance toxique devenue indispensable au métabolisme de l'organisme. On sait d'ailleurs que le Délire aigu peut apparaître aussi après une imprégnation massive.

De toute manière on est obligé de reconnaître un caractère hypothétique aux bases pathogéniques : Certains (7) ont incriminé le rôle cytotoxique de l'alcool sur les noyaux neuro-végétatifs du Diencéphale. D'autres, ont mis l'accent sur les conséquences indirectes dysmétaboliques et carentielles de l'éthylisme chronique. Il est certain qu'on a pu retrouver chez ces malades une hyperpyruvicémie (12) et une carence en vitamines du groupe B (13) mais elles ne sont pas constantes.

Quant aux désordres hydro-électrolytiques (désydratation, hyperkalicytie) et électriques (perturbation des chronaxies, hyperexcitabilité musculaire) (2), ils ne sont pas spécifiques; par ailleurs ils peuvent apparaître aussi bien comme la conséquence et non comme la cause du Délire aigu.

Dans l'état actuel de nos connaissances il faut retenir simplement que l'alcoolisme par ses effets toxiques et dysmétaboliques sur des formations nerveuses qui lui sont électivement sensibles (noyaux végétatifs et formations réticulaires) crée une fragilité de base. Des facteurs déclenchants occasionnels peuvent alors aggra-

ver brusquement ce déséquilibre et entraîner la brusque décomposition qu'est le Delirium Tremens.

III. — ASPECTS THERAPEUTIQUES

Si l'on compare la courbe des hospitalisations pour Delirium Tremens et celle indiquant le taux de mortalité, on constate qu'elles se dissocient à partir de 1953. Cette date marque l'application des méthodes d'hibernation inspirées de Laborit dans le traitement du Délirium Tremens.

1° Avant 1953

C'est-à-dire de 1951 à 1953 en ce qui concerne nos observations le traitement du Delirium Tremens était basé sur les méthodes suivantes :

a) *D'abord la réhydratation*

Il était évident que cette psychose hyperthermique liée à de profondes altérations métaboliques exigeait avant tout la réhydratation systématique. Celle-ci était assurée par la mise en perfusion constante de ces malades par voie I. V. lorsque cela était possible, le plus souvent par voie sous-cutanée en raison de l'agitation. Il était évident que la réhydratation qui demeure un élément majeur de la thérapeutique actuelle, ne pouvait à elle seule, comme les statistiques le démontrent, être suffisante.

b) *La strychnothérapie et la vitaminothérapie*

L'emploi régulier de la strychnine aux doses de 0,2 à 0,4 g associée constamment aux vitamines du groupe B se montrait surtout valable dans les états de pré-Delirium Tremens, mais sans que l'on puisse parler d'action constante.

Si la strychnine est maintenant totalement abandonnée on a conservé les vitamines B en association au traitement actuel en raison des troubles métaboliques profonds (13).

c) *L'alcool glucosé hépatisé*

Il est sans action sur un Délire confirmé. S'il est vrai qu'il a longtemps possédé une certaine action préventive en évitant les sevrages brutaux générateurs de Delirium Tremens, il est établi aujourd'hui que les injections de Méprobamate ont une action de beaucoup supérieure, plus sûre et plus constante et qu'ainsi l'alcool glucosé intra-veineux n'a actuellement plus sa raison d'être.

d) *La procaïne intra-veineuse*

« Aux doses de 1 à 2 g par jour elle s'est montrée la thérapeutique la plus active et la plus efficace : c'est à cette technique que l'on doit, avant les neuroleptiques, les plus incontestables succès » (19).

Mais, peu à peu, en raison du perfectionnement des thérapeutiques actuelles, nous avons été amenés à n'avoir que peu souvent recours à elle. Elle permet encore, toutefois, le contrôle d'hyperthermies gravissimes insensibles à toute autre thérapeutique.

e) *L'électrochoc*

Contrairement à l'opinion de différents auteurs et en particulier de Neveu (14), l'électrochoc ne nous a paru avoir une action que dans certains états oniriques résiduels. Au stade aigu du Delirium Tremens son action ne nous paraît pas justifiée et nous n'y avons jamais plus recours.

f) *Dès cette époque avait été noté* (19)

— 1) la nocivité des barbituriques et en particulier du somnifène intra-veineux que l'on avait tendance à utiliser largement pour calmer l'agitation et qui était responsable de l'évolution de certains cas vers le coma barbiturique;

— 2) l'intérêt d'un traitement anti-infectieux systématique qui mettait le malade à l'abri des complications infectieuses en particulier pulmonaires qui aggravaient redoutablement le pronostic.

A cette époque ce pronostic était sombre puisque sur 23 malades hospitalisés en 1951 et 1952 il y a eu 15 décès.

2° Depuis 1953

En 1953 ont été appliquées les méthodes d'hibernation, d'abord sous leur forme classique telle que les avait décrites Laborit (11) et qui mettaient le malade en hypothermie en 34-35 °C, puis rapidement sous une forme plus nuancée maintenant la température à 38 °C environ (20).

a) La déconnection a tout d'abord été assurée par le classique *coktail M I de Laborit* associant :

— le Chlorhydrate de Péthidine (Dolosal) ;

— la Prométhazine (3.277 R. P. ou Phénergan) ;

— la Chlorpromazine (4560 R. P. ou Largatil).

On évitait les injections médicamenteuses massives en étalant les doses au cours de la journée, soit au total par 24 heures :

— 0,100 g de Dolosal;

— 0,200 g de Phénergan;

— 0,100 g de Largatil;

soit en perfusion intra-veineuse continue, soit en perfusion sous-cutanée avec hyaluronidase.

En fonction de la gravité des désordres neuro-végétatifs s'ajoutaient à ce traitement :

— des vessies de glace;

— la Novocaïne intra-veineuse (18) aux doses habituelles de 1,5 g à 2 g, dose parfois largement dépassée, le but recherché étant l'hypothermie relative à 37-38 °C.

Cette thérapeutique donnait d'excellents résultats cependant :

— La Prométhazine a parfois chez l'alcoolique des effets paradoxaux et l'on prévoyait une recrudescence de l'agitation et de la confusion.

— La Chlorpromazine a un effet tachycardisant nocif pour le myocarde lésé par l'alcool.

b) C'est pourquoi, à partir de mai 1959 a été utilisée dans le Service *l'association Dolosal-Nozinan* (7044 R. P. ou Lévomépromazine) au pouvoir hypnogène plus important et dépourvu d'effets secondaires indésirables en dehors d'une hypotension généralement peu marquée.

Les résultats sont significatifs :

— *en 1953,* première année d'utilisation des cocktails lytiques, on n'a compté que 6 exitus pour 13 Delirium Tremens;

— *en 1959,* sur 30 hospitalisations pour Delirium Tremens, il n'y a eu que 2 évolutions fatales.

Malgré les résultats encourageants cette thérapeutique présentait encore deux inconvénients :

— elle laissait évoluer le Delirium Tremens pendant une à deux semaines;

— elle semblait favoriser l'apparition de formes remittentes parfois difficiles à contrôler.

c) Aussi, dès mars 1960, a-t-on abandonné dans le Service les cocktails lytiques pour utiliser à la suite de Lereboullet le *Méprobamate injectable* comme seul neuroleptique (21). Sur 28 malades traités selon cette technique 26 ont guéri dans un délai de 2 à 4 jours.

Les 2 exitus paraissent indépendants de la thérapeutique employée : l'un, survenu trois semaines après le Delirium, est dû à une insuffisance hépatique par cirrhose atrophique, l'autre est imputable à une myocardite aiguë interstitielle post-grippale.

Actuellement notre schéma thérapeutique du Delirium Tremens est le suivant :

1° Réhydratation

Elle est assurée par des perfusions de sérums isotoniques glucosé et chloruré 2 à 4 l par jour environ.

Cette réhydratation est conduite sous le seul contrôle clinique sans bilans électrolytiques fréquents. Ceux-ci ne nous ont en effet montré aucun aspect biologique particulier à cette déshydratation si ce n'est une tendance à l'acidose hyperchlorémique.

2° La sédation et la déconnection

Elles sont obtenues par le Méprobamate injectable à dose dégressive :

— 8 ampoules à 0,400 g en 4 injections réparties dans la journée pendant 4 jours;

— 6 ampoules en 3 injections réparties dans la journée pendant 2 jours;

— remplacées ensuite par des comprimés.

3° La lutte contre la carence vitaminique

Elle se fait par l'addition au liquide de perfusion les vitamines B 1 — B 6 — B 12 et C à forte dose :

— 0,100 g de vitamine B 1;

— 0,250 g de vitamine B 6;

— 1000 γ vitamine B 12;

— 0,500 g vitamine C.

4° La prophylaxie d'une atteinte infectieuse surtout pulmonaire est réalisée par l'association Pénicilline (1.000.000 U) - Streptomycine (1 g).

5° On préviendra une défaillance viscérale

— Hépatique par les extraits hépatiques, les acides aminés et au moindre signe de décompensation par les dérivés cortisoniques.

— Cardio vasculaire par les tonicardiaques et les analeptiques vasculaires : Camphre, Spartéine, Glycosthène, ajoutés systématiquement au traitement.

Si un collapsus cardio-vasculaire s'ébauche on utilise l'hydro-cortisone intra-veineuse, la Cédilanide et si besoin est, la Noradrénaline.

6° Si malgré le Méprobamate l'agitation persiste on associe alors l'éthane disulfonate de Méthyl 4 B Chloréthyl 5 thiazole (S. C. T. Z. ou Hémineurine) en perfusion qui a une action sédative immédiate.

Cette thérapeutique appliquée en urgence amène la guérison dans la majorité des cas et dans des délais très brefs : 2 à 4 jours.

On constate en premier lieu une sédation de l'agitation psychomotrice qui se manifeste dès les premières heures; puis la confusion et l'onirisme disparaissent laissant le malade calme, conscient et bien orienté.

Bien que rapidement décapitée l'hyperthermie persiste plus longtemps, mais au sixième jour, la température est toujours normale.

Ainsi, le pronostic immédiat du Delirium Tremens est radicalement transformé. Nous observons qu'au bout de 8 à 15 jours ces malades sont susceptibles de quitter le Service et il est remarquable de constater qu'après la phase aiguë réduite en quelques jours, ces malades se comportent comme des convalescents, ne conservant pour la plupart aucune altération psychique secondaire avec une amnésie lacunaire sur toute la phase confuso-onirique, la majorité d'entre eux capables de se rappeler d'une façon plus ou moins précise la période prodromique de leur psychose aiguë.

Il n'existe aucune anxiété consécutive et l'aspect dramatique du Delirium Tremens, s'il peut être avantageux de le révéler à nos malades pour leur faire prendre conscience d'une menace dont ils doivent se préserver absolument dans l'avenir, ne réveille aucune résonnance particulière. En fait cette crise de Delirium n'a, pour ces malades, que l'aspect qu'ils peuvent lui accorder selon les exemples que leur révèle la promiscuité de la vie hospitalière.

C'est ainsi que l'un de nos malades, guéri, totalement amnésique de son expérience délirante aiguë, mais frappé par le Delirium Tremens d'un de ses voisins

de salle, est devenu membre actif de la Ligue anti-alcoolique.

Et il faut reconnaître que, chez la plupart de nos malades, ces expériences ont plus de force psychothérapique que les tentatives de persuasion du médecin.

En fait, c'est surtout le problème de la post-cure qui est ici posé et, en particulier, celui des indications de la cure de désintoxication par le Disulfure de tétraéthyl-thiourame dont les résultats en milieu hospitalier sont si décevants dans la majorité des cas pour des raisons d'ordre individuel et social que nous examinerons maintenant.

CHAPITRE DEUXIEME

ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX

Le succès authentique du Delirium Tremens ne s'établit que plusieurs mois après la fin de la phase aiguë et s'inscrit dans le cadre plus vaste des résultats de la lutte anti-alcoolique.

Il n'y a succès que lorsque le malade a retrouvé « la liberté de s'abstenir d'alcool » (Fouquet) et s'est réinséré correctement dans sa vie familiale et professionnelle. Pour atteindre ce résultat il est indispensable de replacer le malade dans sa psychologie et son milieu social et donc de connaître les facteurs qui ont conditionné sa conduite alcoolique.

Nous étudierons successivement :

— La personnalité de l'alcoolique;

— Les facteurs psycho-sociaux;

— La pathogénèse de l'alcoolisme.

I. — LA PERSONNALITE DE L'ALCOOLIQUE (1) (5)

Portant sur un grand nombre de malades les études de Jellinek en Suède et de Fouquet en France permettent de décrire trois catégories de sujets :

— les alcooliques à personnalité paranormale;

— les alcooliques à personnalité anormale à type de déséquilibre névrotique;

— les alcooliques avec altérations mentales ou personnalité psychotique.

a) *Les alcooliques à personnalité paranormale :*

Pour Fouquet, 45 % environ des alcooliques hommes (20 % seulement des femmes) ont une personnalité paranormale; il les a groupé sous le nom d'Alcoolite.

Buveurs d'habitude, ils se considèrent comme normaux. Gais, actifs, hypersociables, bien adaptés au point de vue professionnel, jamais ivres malgré un apport toxique qui peut être massif, leur comportement est estimé normal par leur entourage. Leur tolérance à l'alcool est très grande et ce n'est que tardivement qu'apparaissent en dehors des accidents mentaux graves, des signes de décompensation avec altération de la personnalité portant sur l'affectivité et le comportement social.

b) *Les alcooliques à personnalité anormale à type de déséquilibre névrotique :*

Ce sont les alcooloses de Fouquet qui groupent environ 40 % des éthyliques hommes (mais 80 % des femmes).

Bien avant que l'imprégnation toxique ne transforme la personnalité initiale de ces sujets on retrouve chez eux des traits de déséquilibre névrotique : débiles affectifs, psychasténiques, émotifs, inadaptés, ce sont avant tout des anxieux, dont l'anxiété s'exprime parfois par des attitudes de timidité ou des troubles du comportement. Suggestibles, ils subissent plus que tout autre l'influence des facteurs sociaux et situationnels; incapables d'assumer les responsabilités de leur vie d'adulte, d'en surmonter les difficultés, de s'adapter à leur milieu, ils accumulent les échecs de tous ordres et par cela même développe un sentiment de frustration (10).

Ils trouvent alors dans l'alcool l'aide dont ils ont besoin; ils en recherchent son effet euphorisant et séda-

tif : c'est « l'alcoolisme de compensation ». Mais, leur tolérance à l'alcool est moyenne, les ivresses fréquentes.

c) *Les alcooliques avec altérations mentales ou personnalité psychotique préalable :*

Ce n'est que la minorité des cas : 5 à 15 % environ appelés Somalcooloses par Fouquet.

C'est l'« alcoolisme symptômatique » des cyclothymiques où l'alcool « corrige » les variations de l'humeur, des schizophrènes dont l'alcoolisation correspond souvent à une impulsion, des grands épileptiques dont l'alcoolisme, parfois en relation avec une dipsomanie, a été considéré par certains auteurs comme un équivalent comitial, et surtout des délirants chroniques dont l'alcoolisation favorise l'éclosion de moments féconds. Le fléchissement du fond mental acquis (Paralysie Générale) ou constitutionnel (Débiles Mentaux Profonds) entraîne fréquemment l'alcoolisme. Les traumatismes crâniens ne joueraient pas seulement un rôle dans le déclenchement des troubles mentaux de l'alcoolisme mais seraient un facteur étiologique supplémentaire.

En pratique, nous observons, surtout dans ce groupe des cyclothymiques et, en particulier des manies subchroniques auxquelles l'alcoolisme imprime un aspect séméiologique plus ou moins atypique surtout caractériel.

Mais le groupe le plus important est représenté par ces débiles mentaux d'un infantilisme affectif profond qui a conditionné une inadaptation sociale à peu près complète. Le plus souvent privés de tout environnement familial, ils sont employés comme manœuvre et vivent du reste sans aucun besoin d'amélioration de leur condition sociale. Il est évident que c'est dans ce groupe qui représente une forte proportion de nos malade, que se trouvent réalisées les conditions les plus défavorables de la postcure. C'est ce qui explique le pourcentage relativement élevé de récidives, mais aussi dans notre enquête la proportion très importante de malades qui n'ont pas répondu.

II. — LES FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX

Au 23e Congrès International contre l'Alcoolisme (Lucerne 1948), le Professeur Horejsi, de Prague, a déclaré que l'alcoolisme était un problème social anachronique qui doit disparaître de lui-même dans une société socialiste en raison même des conditions de travail.

Pour Fouquet, au contraire, on a surfait le rôle des facteurs sociaux dans l'étiologie de l'alcoolisme. C'est, dit-il « une explication superficielle et fragile » (5).

Nous manquons de documents pour nous faire une opinion sur l'état actuel de l'alcoolisme dans les pays d'inspiration marxiste. Cependant ce que nous savons de l'alcoolisme en tant que phénomène social nous permet de penser que c'est limiter le problème que d'en faire une simple sociopathie. Pour une structure sociale donnée dans un groupe défini, l'alcoolisme se développera chez certains individus et non chez tous et pas nécessairement chez ceux qui sont les plus défavorisés du point de vue social.

Toutefois, sans y attacher l'importance exclusive que lui accordent les auteurs de l'Ecole Russe il est évident que les facteurs sociaux ont un rôle considérable.

Nous retiendrons comme favorisant l'alcoolisme :

1. — Les « métiers qui donnent soif »;

2. — Les habitudes sociales;

3. — Les conditions de vie, en particulier le facteur économique;

4. — La situation conjugale et familiale.

1. — Les métiers qui donnent soif »

Le travail effectué dans une atmosphère surchauffée tel que le pratiquent les cuisiniers, les blanchisseuses, les ouvriers de chaufferie... justifie une ingestion liquidienne accrue qui est souvent alcoolisée.

De même les travailleurs de force : terrassiers, débardeurs, ouvriers agricoles... étanchent leur soif par quelques litres de vin rouge considéré comme tonique et favorisant le rendement.

Il est évident que prime ici la notion de tolérance : Tous les travailleurs de force ne font pas un Delirium et pourtant leur consommation alcoolique est généralement importante.

2. — Les habitudes sociales

Elles jouent en France un rôle important dans le développement de l'alcoolisme (16) et elles influent tous les milieux.

Il est de tradition de boire pour tout événement heureux, de traiter les affaires au café, de considérer que le verre de vin remplace un pourboire, de mesurer le succès d'un « cocktail » ou d'une « surprise partie » au litrage d'alcool qui y est consommé.

La tradition veut aussi qu'un homme boive, et l'étudiant comme le jeune apprenti sera fier de boire beaucoup sans paraître incommodé.

3. — Les conditions de vie

On a beaucoup insisté sur l'importance des taudis comme générateurs de l'alcoolisme, et, s'il est vrai que le travailleur mal logé préfère occuper ses loisirs dans un endroit gai, confortable et accueillant où il retrouve des camarades, il ne faut pas oublier que l'alcoolisme conditionne aussi le taudis.

Cependant la plupart de nos malades n'habitaient pas des taudis : leurs conditions d'habitat étaient suffisantes ou toutefois convenables.

4. — La situation familiale et conjugale

La fréquence d'une descendance alcoolique chez des sujets éthyliques a fait poser le problème d'un gène spécifique d'une race alcoolique. En réalité la seule éducation alcoophile des enfants suffit à expliquer ce

fait. Soumis dès son plus jeune âge et parfois même dès sa naissance à une intoxication régulière, l'enfant sera une proie toute désignée pour l'alcoolisme lorsqu'il aura atteint l'âge adulte.

La situation conjugale a fréquemment été invoquée comme génératrice d'alcoolisme et il est vrai que la mésentente, l'attitude peu satisfaisante du conjoint, pousse le sujet à quitter le foyer et à retrouver dans l'alcool la solution de ses préoccupations.

Mais, inversement l'alcoolisme est responsable de mésentente et de la détérioration de nombreux foyers (4).

Nous noterons ici la fréquence relative des ménages où l'homme et la femme sont tous deux alcooliques et nous insisterons plus loin sur cet aspect très important.

III. — LES PROCESSUS QUI CONDITIONNENT LA CONDUITE ALCOOLIQUE

Deshaies (3) a décrit avec précision cinq grandes voies qui conduisent à l'alcoolisme :

a) *L'imitation*

C'est un processus dont l'importance ne saurait être exagérée car il détermine l'alcoolisme des sujets passifs, suggestibles, et en particulier des jeunes, modelés à l'image d'un milieu où les habitudes éthyliques font partie des mœurs.

b) *La dérivation*

Le malade en butte à des conflits dont il a plus ou moins conscience (conflit patent ou conflit latent) tente de les résoudre en épuisant sous une autre forme les « impulsions instinctivo-affectives » qu'il n'a pu satisfaire.

Quand il s'agit d'un conflit patent (mort d'un être cher, abandon, difficultés familiales, professionnelles), la dérivation s'effectue sur un mode simple : Le sujet « noie son chagrin ».

Mais le processus devient beaucoup plus complexe lorsqu'il y a conflit latent dont le malade n'a pas exactement conscience et qu'il convient de déceler par une investigation psychanalytique. Freud fait remonter ce conflit aux premiers stades de développement de la personnalité : l'alcoolisme est une fixation orale créée par des frustrations orales dans l'enfance, d'où dérivation camouflée de la libido sous diverses formes névrotiques dont l'alcoolisme ne serait qu'un exemple.

Pour Fouquet « celui qui boit recherche désespérément et névrotiquement à retrouver son passé » (6).

c) *La compensation*

Elle engendre l'« alcoolisme de l'échec ». Le sujet réagit contre une infériorité physique, psychique ou sociale en affirmant sa personnalité par une « protestation virile ».

d) L'auto-agressivité

Cette notion élaborée par Freud implique de la part du sujet un sentiment de culpabilité et le besoin de punition qui se traduit par ce « suicide au ralenti » qu'est la déchéance physique et sociale engendrée et entretenue par l'alcool; c'est une conduite masochiste.

D'ailleurs, les véritables suicides sont fréquents chez les alcooliques.

e) *L'impulsivité morbide*

C'est un processus relevant d'un état pathologique et qui conduit aux somalcooloses.

CHAPITRE III

NOS STATISTIQUES

	Sexe	Age	Structure Névrotique	Niveau Intellectuel	Célibataire	Bonne entente	Mésentente	Profession	Ethylisme de groupe	T. T. D.	D. T. antérieur	Ancienneté éthylisme	Résultats	Durée abstinence	Recul
F. Ab.	H	53	—		—	+	—		+	+	—		A	1 m	5 ans
L. Au.	H	52	—	++	—	+	—	+	+	—	—		M	6 m	8 ans
M. Ba.	H	47	—		—	+	—				—		M	3 ans	5 ans
J. Be.	H	63	—		—	+	—	—	—	—	+		R	0	7 ans
C. Br.	H	40	—	+	—	+	—	+	—	—	—		A		5 ans
C. Ca.	H	56	—	+	—	—	+	—	—	—	—		R	0	5 ans
J. Can.	H	50	—	—	—	—	—		+		—		R		4
J. Caz.	H	40	—	+	—	+	—	++		+	—		M		4
B. Ch.	H	49	+		+	—	—	+	+	—	—		R	0	7
M. Da.	H	31	+	+	—	—	+	+	+	—	—		R	0	4
P. De.	H	54	—	—	+	—	—	+	—	+	—		M	0	5
J.-B. Du.	H	52	—	+	+	—	—	—	+	+	—		G	2 ans	2
R. Du.	H	44	—	+	—	+	—	+	—	+	—		G	3 ans	3
G. Es.	H	55	—	—	—	—	+	—	+	—	—		A		5
P. Fal.	H	37	+	+	—	—	+	+	+	+	+		M	0	5
J. Fav.	H	48	—	+	—	+	—	+	—	+	—		G	10 ans	10
J. Fr.	H	34	+	—	—	—	—	—	+	+	—	15	R	0	6
P. Jo.	H	53	—	+	+	—	—	—	—	+	—		A		6
S. Ka.	H	51	—	+	+	+	—	+	—	—	—		G	2 ans	2
H. Ma.	H	59	—	+	—	+	—	—	+	—	—		A		4
E. Or.	H	41	—	—	+	—	—	+	+	+	—		G	2 ans	2
J. Pa.	H	32	—	+	+	+	—	—	—	—	—	15	G	2 ans	2
R. Pl.	H	61	—	—	+	—	+	—	+	—	—		M	0	2
V. Ra.	H	55	—	+	—	—	+	—	+	—	—	18	M	0	5
J. Rc.	H	42	—	—	—	+	—	—	—	+	—		M	0	4
P. Ri.	H	54	—	—	+	—	+	—	+	+	—		M	0	2
R. Po.	H	50	+	+	—	—	—	+	—	—	—		A	0	1
R. Ru.	H	41	—	—	—	+	—	+	—	—	—	10	A	1 an	
B. Di	H	48	+	—	—	—	+	+	—	—	+		G	2 ans	2
J. Sa.	H	25	+	—	+	—	—	—	—	+	—	5	G	3 ans	3
H. Sa.	H	59	—	—	+	+	—	+	+	—	—		M	0	2
J.-L. Se.	H	54	—	—	—	+	—	+	—	—	—		G	2 ans	2
J. Ta.	H	63	—	—	—	+	—	+	+	—	—	30	A		4
A. Ba.	H	41	+	++	+	—	+	+	+	+	—		A	0	2
G. Sa.	H	46	+		—	—	—+	+	—	+	—	15	A		1
J. Vi.	H	49	+	+	—	+	—	+	—	+	—		G	1 1/2	1 1/2
M. Ar.	F	53	—	—	—	+	—	—	+	—	—		G	2 ans	2
J. Av.	F	49	+	+	—	+	—	—	+	—	—	15	M	1 an	4
Bu.	F	48	+	—	—	—	+	—	+	—	—	25	M	0	4
Be.	F	42	+	—	—	—	+	—	+	+	—		G	6 ans	6
A. Bl.	F	38	—	+	—	—	—	—	+	—	—	10	G	5 ans	5
A. Dc.	F	60	—	—	—	—	—	—	+	—	—		M	0	1
E. B.	F	46	—	—	—	—	—	—	+	+	—	6	G	1 an	1

A = Amélioration.
G = Guérison.
M = Maintien des habitudes.
R = Rechute du D. T.

Notre expérience thérapeutique porte sur 190 malades hospitalisés au service fermé de psychiatrie de la Clinique Neurologique, de janvier 1951 à octobre 1960.

Parmi eux, nous comptons :

— 54 exitus liés directement au Delirium Tremens :

43 hommes;
11 femmes.

Mais il est important de préciser que ces exitus se répartissent ainsi :

1951	.....	8 décès
1952	.....	9 —
1953	.....	4 —
1954	.....	4 —
1955	.....	4 —
1956	.....	13 —
1957	.....	4 —
1958	.....	3 —
1959	.....	3 —
1960	.....	2 —

— 13 exitus dont nous avons eu connaissance et qui sont postérieurs à l'hospitalisation :

1 par cancer du poumon;

1 par leucose lymphoïde;

2 par accident de la circulation;

1 par œdème aigu du poumon (premier œdème aigu lors du Delirium Tremens);

1 par collapsus cardio-vasculaire au cours d'une intervention chirurgicale pour volvulus du cœcum;

7 non précisés.

— 80 malades qu'il ne nous a pas été possible de revoir, soit qu'ils aient changé de domicile, soit qu'ils n'aient pas répondu à notre convocation.

— 43 malades seulement ont été suivis :

36 hommes;

7 femmes.

RESULTATS GLOBAUX

Sur les 43 malades que nous suivons, nous avons observé :

— 6 rechutes;

— 13 alcooliques inchangés;

— 14 guérisons;

— 10 améliorations.

soit :

13 % de rechutes;

32 % sans changement;

32 % de guérisons;

23 % d'améliorations.

donc :

45 % de mauvais résultats;

55 % de bons résultats.

INTERPRETATION DES OBSERVATIONS

1° Sexe

Nous aboutissons à la notion classique d'une nette prédominance masculine parmi nos malades :

— 36 hommes;

— 7 femmes.

soit :

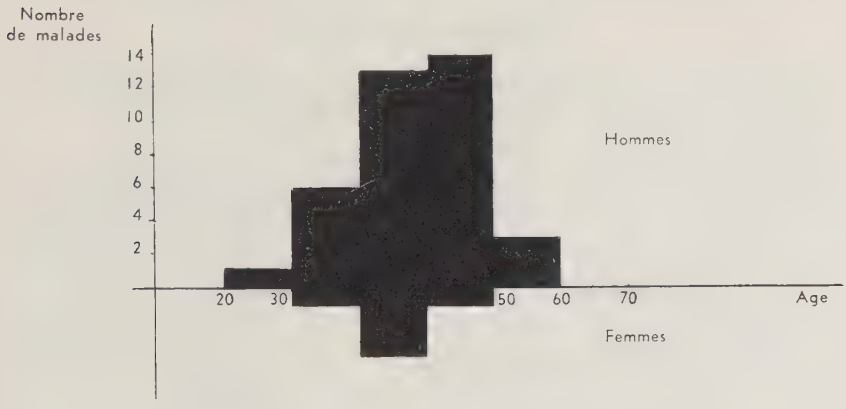
84 % d'hommes;

16 % de femmes.

Le sexe ne semble pas influer sur le pronostic éloigné. Nous observons sensiblement la même proportion de bons et mauvais résultats; cependant nous n'avons pas observé de rechute du Delirium chez les femmes.

2° Age

La majorité des cas se situe entre 40 et 50 ans.



L'âge n'a aucune influence sur le pronostic.

3° Structure névrotique

Pour notre investigation, nous avons étudié la plasticité, la suggestibilité, l'émotivité, l'anxiété et l'inadaptation du sujet.

Globalement : 13 malades sur 43, soit 32 %, présentent des traits de caractère névrotiques.

Cependant, il faut souligner une distinction entre malades hommes et femmes : Sur ces 32 % ont compte 30 % des hommes et 50 % des femmes.

L'influence de ce facteur sur le pronostic éloigné est remarquable puisque, chez ces malades, nous avons observé :

3 rechutes de Delirium;

4 absences de modifications du comportement éthylique;

3 améliorations;

3 guérisons;

soit :

54 % de mauvais résultats;

46 % de bons résultats.

C'est donc une inversion des résultats globaux.

4° Niveau intellectuel

Dans l'ensemble, probablement en rapport avec le mode de recrutement, le niveau intellectuel de nos malades est bas :

20 sujets sur 39 sont débiles ou analphabètes;

17 ont un niveau moyen possédant le C. E. P.;

2 seulement sont détenteurs du baccalauréat ou possèdent un niveau équivalent;

soit :

Niveau très bas	51 %
Niveau moyen	43 %
Bon niveau	6 %

Il ne semble pas toutefois que ce facteur intervienne de façon notable dans le pronostic. Nous observons dans tous les cas 45 % de mauvais résultats.

Cependant, le taux des guérisons authentiques est plus important dans le groupe dont le niveau intellectuel est plus élevé, 41 % contre 25 % chez les débiles.

5° Milieu familial

Sur 43 malades, nous distinguons :

— 9 célibataires (23 %) ;

— 33 sujets mariés que nous diviserons en 2 groupes :

1er groupe : bonne entente, bon encadrement familial : 22 malades (52 %) ;

2e groupe : mésentente, séparation, divorce : 12 malades (25 %).

Nous soulignons que nos malades femmes étaient toutes mariées.

Parmi les célibataires, nous remarquons :

2 rechutes (22 %) ;

3 guérisons (33 %) ;

3 améliorations (33 %) ;

1 sans modification (12 %) ;

donc :

34 % de mauvais résultats;

66 % de bons résultats.

Il apparaît donc que le célibat n'est pas un facteur aggravant de l'éthylisme.

Pour les malades qui ont une vie familiale relativement harmonieuse, et qui, paradoxalement sont les plus nombreux (52 %), le pronostic du Delirium paraît favorable puisque nous comptons :

9 guérisons;

5 améliorations;

5 inchangés;

1 rechute;

soit :

73 % de succès dont 40 % de guérisons;

27 % d'échecs.

Pour les malades ayant des difficultés familiales et plus particulièrement une mésentente conjugale, nous trouvons :

2 guérisons;
1 amélioration;
2 rechutes;
6 inchangés;

soit :

73 % d'échecs;
27 % de succès.

L'entourage du malade est donc un facteur pronostic essentiel puisque, selon qu'il est de bonne ou de mauvaise qualité, la proportion des échecs par rapport aux succès est absolument inversée.

6° La profession

Nous avons groupé dans cette étude tous les malades qui, du fait de leur métier, soit par habitude, soit par nécessité ou entraînement, sont appelés à boire : garçon de café, cantonnier, maçon, cultivateur. Nous avons ainsi établi que 21 hommes sur 36, soit 58 % de nos malades hommes, étaient prédisposés par leur profession, mais pas une seule femme.

Mais, contrairement à nos suppositions, en ce qui concerne le lot d'observations que nous avons pu réunir, le facteur professionnel n'influence pas le pronostic puisque, dans ce groupe, nous observons seulement 40 % d'échecs.

7° Ethylisme de groupe

L'influence de l'éthylisme de groupe nous a paru primordiale :

a) Tout d'abord sur le déclenchement de l'éthylisme de nos malades, puisque :

16 hommes sur 34;
7 femmes 7.

vivent dans un milieu d'éthyliques.

En particulier, toutes les femmes ne font que suivre les habitudes d'intempérance de leur mari. Et il n'est pas rare d'avoir affaire à des familles d'éthyliques.

b) Il influence ensuite le pronostic éloigné du Delirium.

Ainsi sur 17 sujets hommes soumis à l'influence d'un milieu d'éthyliques, on relève :

4 rechutes du Delirium;

6 absences de modification dans l'apport toxique;

5 améliorations;

2 guérisons;

soit :

57 % de mauvais résultats;

43 % de bons résultats;

c'est-à-dire qu'il y a une inversion des résultats globaux.

8° La cure de désintoxication

16 hommes et 2 femmes, soit 18 malades sur 42 (42 %) ont été soumis à la cure de désintoxication par le Disulfure de Tétraéthylthiourame (Espéral), c'est dire qu'au départ une sélection a été effectuée parmi les malades. Nous avons éliminé certains d'entre eux qui refusaient la cure systématiquement proclamant même qu'ils se réservaient « la possibilité de boire de temps en temps » et ceux qui, par leur structure psychologique, leur milieu familial et professionnel, et leurs antécédents éthyliques lourdement chargés, sont au-dessus de toute thérapeutique.

Nous exposons donc des résultats relatifs qu'il convient de corriger en fonction de ces données. Effectivement, sur 18 malades, nous observons :

1 rechute (6 % contre 25 % chez ceux qui n'ont pas eu de cure);

8 guérisons (45 %);

6 améliorations (33 %);

3 inchangés (16 %).

Donc :

78 % de bons résultats;

22 % d'échecs.

9° Ancienneté de l'éthylisme

Elle est difficile à faire préciser : 15 ans en moyenne. Le malade ne se souvient pas exactement du moment où il est passé d'une dose normale à une dose excessive d'alcool.

L'ancienneté de l'imprégnation ne paraît pas agir sur le pronostic.

De même, il est difficile de tirer une conclusion de la présence dans les antécédents d'un Delirium Tremens. Sur 3 de nos malades qui ont présenté un Delirium Tremens antérieur :

1 a rechuté;

1 maintient ses habitudes;

1 a guéri.

CONCLUSIONS

Les résultats de notre étude sur les suites éloignées des Delirium Tremens au point de vue du devenir psycho-social de ces grands alcooliques qui ont survécu à cet accident majeur grâce aux possibilités thérapeutiques actuelles, nous ont permis de mettre l'accent sur deux points essentiels que, déjà, la pratique clinique quotidienne nous faisait pressentir :

— Le rôle de l'environnement sous son aspect familial et social, souvent intriqués;

— Le rôle de la structure psychologique de base.

1° Pour les malades qui sont insérés dans un milieu familial normal ou tout au moins capable de leur accorder aide et protection, nous comptons 75 % de résultats favorables durables. En d'autres termes, 14 alcooliques sur 22 de ce groupe sont demeurés abstinents.

Au contraire, pour ceux qui subissent un milieu familial dissocié, perturbateur ou nocif (éthylisme familial), nous ne comptons que 25 % de ces alcooliques qui restent désintoxiqués.

A côté des facteurs d'ordre familial, les facteurs d'ordre social ou professionnel interviennent dans la mesure où ils favorisent un éthylisme de groupe qui conditionne le plus fort pourcentage de reprise des habitudes alcooliques avec rechute du Delirium Tremens.

2° C'est la structure psychologique de base, en d'autres termes la personnalité même de l'alcoolique qui paraît conditionner le pronostic éloigné de Delirium Tremens.

Les sujets présentant une débilité affective et, d'une manière générale, cette fragilité psychologique correspondant au groupe des Alcooloses, retrouvent après le Delirium Tremens leurs habitudes de toxicomanie dans des proportions inverses des résultats globaux et, en outre, ont présenté une forte proportion de rechute du Delirium Tremens.

Cette fragilité de base s'associe dans beaucoup de cas aux facteurs de milieu.

Ainsi, pour si dramatique qu'il soit, le Delirium Tremens n'est vécu après coup par l'alcoolique qui en a guéri, que comme un accident qui ne l'a pas marqué, qu'il oublie dans la majorité des cas, dont il méconnaît le plus souvent la signification et qui, en fin de compte, ne peut peser que rarement sur les conditions de prophylaxie.

Le pronostic éloigné du Delirium Tremens ne peut dépendre que des facteurs de la toxicomanie alcoolique :

— facteurs psychiques individuels;

— facteurs du milieu de l'alcoolique.

Le Président de la Thèse :

Monsieur le Professeur Géraud.

Vu le Doyen,

Lazorthes.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 24 novembre 1961.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

Dottin.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bertagna L. — Psychologie des alcooliques. — *Revue du Praticien*, 1953, t. III, n° 3.

2. Coirault et Laborit. — Le Delirium Tremens. — *Masson et C^ie^, Editeurs*, Paris 1956.

3. Deshaies G. — Les conditions psychologiques de l'alcoolisme. — *Hygiène mentale*, XXXVI, 1 et 2.

4. Dublineau J. — Répercussions familiales de l'alcoolisme. — *Journées d'Etudes sur l'Alcool*, Paris, 1954.

5. Fouquet P. — Réflexions cliniques et thérapeutiques sur l'alcoolisme. — *L'Evolution Psychiatrique*, 1951, 11.

6. Fouquet P. — Alcoolisme et Psychiatrie. — *L'Evolution Psychiatrique*, avril-juin 1959.

7. Hoff H. — Der akute und chronische alkoholismus. — *Med. Klin. Berlin*, sept. 1954, 36 et 37.

8. Horejsi. — Etude méthodique de l'alcool dans les pays slaves. — *C. R. du 23^e^ Congrès Intren. contre l'alcoolisme*, Lucerne, 1948.

9. Jellinek. — Etude scientifique du problème de l'alcoolisme. — *Colloque européen sur l'alcoolisme*, Copenhague, 1951.

10. Kammerer. — Névrose et alcoolisme. — *Strasbourg Médical*, 1955, VI.

11. Laborit et Huguenard. — Pratique de l'hibernation intraveineuse. — *Masson et C^ie^, Editeurs*, Paris.

12. Lecoq R. — Le rôle des perturbations métaboliques de l'alcool et spécialement de l'acide pyruvique dans le déclenchement des syndromes d'éthylisme. — *Bull. Acad. Nat. Méd.*, 1951, 135, n° 15 et 16.

13. Lhermite F. — Avitaminose B1. — *Pasteur-Valéry-Radot*, t. III.

14. Neveu. — Traitement du Delirium Tremens par électro-chocs. — *Annales Médico-psychologiques*, nov. 1955.

15. Perrin P. — L'alcoolique et sa famille. — *L'Hôpital*, 1956, n° 657.

16. Perrin P. — L'alcoolisme. — *L'Expansion scientifique française*, Ed.

17. Riser M., Laboucarie J., Barres P. — L'hibernation dans les psychoses hyperthermiques. — *Annales Médico-psychologiques*, juillet 1953.

18. Riser M., Laboucarie J., Barres P., Karkous E. et Lacassin P. — Le rôle de la novocaïne intraveineuse dans le traitement actuel des psychoses aiguës hyperthermiques. — *Toulouse Médical*, p. 270.

19. Riser M., Laboucarie J., Garrigues P. et Mme Clausse. — Le problème clinique et thérapeutique du Delirium Tremens. — *Sud Médical et Chirurgical*, juin 1956.

20. Riser M., Laboucarie J., Rascol A., Benichoul. — L'hibernation dans le traitement du Delirium Tremens. — *Revue de l'alcoolisme*, t. 8, oct.-déc. 1954.

21. Riser M., Laboucarie J., Karkous E., Delpla M. — Une étape décisive dans le traitement du Delirium Tremens : la substitution du méprobamate injectable aux phénothiazines. — *Sud Médical et Chirurgical*, mai 1961.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

RAPPEL DES DONNEES GENERALES SUR LE PROBLEME ACTUEL DU DELIRIUM TREMENS.

Aspects cliniques 15

Aspects étiologiques 17

Aspects pathogéniques 18

Aspects thérapeutiques 20

FACTEURS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX.

La personnalité de l'alcoolisme 29

Les facteurs psycho-sociaux 32

La pathogénèse de l'alcoolisme 34

NOS STATISTIQUES.

Tableau d'ensemble 39

Résultats globaux 42

Interprétation des observations 43

CONCLUSIONS 49

BIBLIOGRAPHIE 51

Imprimerie du Sud, 24, rue de Négreneys - Toulouse
Dépôt légal : n° 132. — Décembre 1961